

# **Lääkehoidon toteuttaminen yhteistoiminnallisesti**

psykiatrisen lääkehoidon hoitomyöntyvyyden edistävät ja estävät tekijät

Hoitotyön koulutusohjelma,  
sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö  
18.4.2008

---

Jatta-Maria Lundén

Koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö	Sairaanhoitaja AMK	
Tekijä/Tekijät		
Jatta-Maria Lundén		
Työn nimi Lääkehoidon toteuttaminen yhteistoiminnallisesti: Psykiatrisen lääkehoidon hoitomyöntyvyyden estävät ja edistävät tekijät		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	kevät 2008	22 + 1 liite



## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää psykiatrisen lääkehoidon hoitomyöntyvyyttä edistäviä ja estäviä tekijöitä. Tavoitteenani oli tuottaa yhteistyötaholle Auroran psykiatriselle suljetulle vuodeosasto 6-1:lle tarpeellista tietoa yhteistoimintamallisen työskentelyn kehittämiseksi lääkehoidon toteuttamisesta.

Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, joka mukailee systemoidun kirjallisuuskatsauksen ohjeita. Aineisto koostui Medic- ja Kurre- tietokannoista löytyneistä tutkimuksesta, tutkimusartikkeleista ja asiantuntija-artikkeleista.

Tulokset osoittavat, että hoitomyöntyvyyteen vaikuttavat hoidon pituus ja sairauden aiheuttama koettu subjektiivinen uhka. Psykykläkkeitä käyttävien hoitomyöntyvyyteen ovat vaikuttamassa myös potilaan oma käsitys sairaudestaan ja sen oireista, kokemus lääkkeen vaikutuksesta haittaoireineen ja hänen asenteensa psykykläkkeitä kohtaan.

Hoitomyöntyvyyttä voidaan lisätä, jos lääkitys noudattaa tiettyjä ehtoja. Tällaisia ovat esimerkiksi kerran päivässä annostelu, ei koettuja haittavaikutuksia sekä aikaisempi sairaalassaolo sairauden takia. Potilaasta itsestään lähteviä edellytyksiä ovat hoidon hyötyjen ymmärtäminen, ei muistiongelmia eikä sairauteen liittyviä väärinkäsityksiä.

Puutteellista hoitomyöntyvyyttä voidaan parantaa antamalla potilaalle ja hänen lähiomaiselleen lääkitystä koskevaa tietoa, käyttämällä mahdollisimman yksinkertaisesti toteutettavia hoitoja, pyrkimällä oireita tehokkaasti lievittävään lääkitykseen, minimoimalla lääkityksen haittavaikutukset ja kiinnittämällä huomiota hoidon jatkuvuuteen. Lääkkeiden säännöllistä ottoa voidaan tukea esimerkiksi lääkeannostelijan ja kotisairaanhoidon avulla tai siirtymällä pitkävaikutteisiin injektioihin.

Potilaan samanaikainen päihteiden käyttö, kielteiset asenteet hoitoa tai lääkitystä kohtaan, puutteellinen sairauden tunto ja psykooseissa kognitiivisten toimintojen häiriöt vaikuttavat huonontavasti hoitomyöntyvyyteen. Hoitomyöntyvyyttä heikentävät myös potilaiden psykoosista johtuvat harhat kuten myrkytyspelko.

Potilaan lääkehoitoon mukaantulo tasavertaisena osapuolena liittyy paljon asenteellisia ja käytännön ongelmia. Osa lääkäreistä pitää vieraana ajatusta potilaan osallistumista hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Samoin osa, varsinkin vanhemmista potilaista, haluaa jättää päätöksenteon lääkärille.

Näiden edellä mainittujen edistävien ja estävien tekijöiden kartoittaminen ja niihin asioihin puuttuminen psykiatrisessa hoitotyössä lisää merkittävästi hoitomyöntyvyyttä. Tämä taas edesauttaa yhteistoiminnallista psykiatrista hoitotyötä.

## Avainsanat

psykiatrisen hoito, lääkehoito, yhteistoiminnallisuus, hoitomyöntyvyys; kirjallisuuskatsaus



Degree Programme in	Degree	
Nursing and Health Care	Bachelor of Health Care	
Author/Authors		
Jatta-Maria Lundén		
Title		
Medical Care Co-operatively		
Type of Work	Date	Pages
Final Project	Spring 2008	22 + 1 appendix



#### ABSTRACT

The purpose of my final project was to study cooperative medical care with a systematic literature review. My target was to yield useful information which may can be used in practical nursing.

I gathered information from Finnish social services and health care databases. Mostly, I used the Medic and Kurre data banks. My research questions were:

1. What factors promoted the compliance with psychiatric medical care?
2. What factors hindered the compliance with psychiatric medical care?

The results showed that the compliance-related factors were how long the therapy was and the burden of the illness felt subjectively. Moreover, using psychotropic drugs had an influence on the patient's view of his/her mental illness and the symptoms, medication and its side effects on his/her attitude to psychotropic drugs.

The compliance with the psychiatric medical care was higher if the medication was once-a-day dosage with no side effects and the patient had had previous hospital therapies due to the mental illness. Likewise, understanding the benefits of medical care and his/her current state-of-health as well as good cognitive skills helped the patient to take his/her medicine. Insufficient compliance might be improved by giving information about medication to the patient and their next-of-skin, using as simple medical treatments as possible, prescribing medicines with no side effects and, then, minimising the side effects. The patient's simultaneous substance abuse, negative attitude towards therapy and medication, insufficient awareness of the mental illness and, in psychoses, cognitive skill disorders affected badly compliance.

An equal doctor-patient relationship meant attitudinal and practical problems. Some doctors thought it was odd that the patients got into the decision-making. And, elder patients, particularly, wanted to leave the decision-making to the doctors.

#### Keywords

psychiatric nursing, medication, co-operativeness, compliance, literature review

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 YHTEISTOIMINNALLISUUS PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ	2
3 PSYKIATRINEN LÄÄKEHOITO	3
3.1 Lääkehoidon tarkoitus ja tavoitteet	3
3.2 Lääkekielteisyys	4
3.3 Hoitomyöntyvyys	5
3.4 Pakkolääkitseminen	5
3.5 Lääkeresistenssi	6
4 KIRJALLISUUS KATSAUKSEN PROSESSIN KUVAUS	7
4.1 Tutkimussuunnitelman laatiminen ja kysymysten määrittely	7
4.2 Systemaattinen tiedonhaku	8
4.3 Aineiston valinta	9
4.4 Laadun arviointi	10
4.5 Tutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen	10
5 TULOKSET	11
5.1 Psykiatrisen lääkehoidon hoitomyöntyvyyttä edistävät tekijät	13
5.1.1 Hoitomyöntyvyyttä parantavat tekijät	13
5.1.2 Psykiatrisen lääkehoidon tarpeenmukaisuus	14
5.2 Psykiatrisen lääkehoidon hoitomyöntyvyyttä estävät tekijät	15
5.2.1 Hoitomyöntyvyyttä heikentävät tekijät	15
5.2.2 Lääkekielteisyys näkyvä osa hoitokielteisyyttä	16
5.2.3 Lääkehoidon seurannan riittämättömyys	17
6 POHDINTA	18
6.1 Tulosten tarkastelu	18
6.2 Lähdekritiikki ja luotettavuuden arviointi	19
6.3 Oman opinnäytetyöprosessin arviointi	20
LÄHTEET	21
LIITE	

## 1 JOHDANTO

Hyvää hoitomyöntyvyyttä pidetään yleisesti edellytyksenä sille, että potilas saa hoidostaan odotetun hoitotuloksen ja avun ongelmaansa. Hämmästyksen onkin joskus suuri, kun jopa kriittisesti sairas potilas ei noudata hänelle annettuja ohjeita ja vaarantaa henkensä ja samalla tuhlaa yhteiskunnan niukkoja resursseja. (Enlund 2004: 35.)

Viimeksi kuluneiden kolmenkymmenen vuoden aikana hoitomyöntyvyyttä on tutkittu runsaasti, mutta ilmiön ymmärtäminen ja huomioiminen käytännön lääkehoidossa ja potilastyössä ovat edelleen puutteellisia. Alan tutkijat ovat keskustelleet paljon siitä, onko oikein lähteä etsimään syitä potilaasta ja hänen ominaisuuksistaan ja samalla syyllistää häntä. Syitä on haettu myös terveydenhuollon ammattilaisista, itse järjestelmästä tai käytetyistä lääkkeistä. Nämä yritykset selittää ja ymmärtää hoitomyöntyvyyttä ovat tuottaneet runsaasti ristiriitaisia havaintoja, minkä vuoksi tiedon siirtäminen käytäntöön on ollut lähes mahdotonta. Tärkeän tiedon valikoiminen ja hyödyntäminen on jätetty hämmentyneille lääkäreille ja farmaseuteille. (Enlund 2004: 35.)

Psykiatrisessa käytännön hoitotyössä on suurelta osin vielä valloilla perinteinen asiantuntijalähtöinen hoitotyö, jota pyritään muuttamaan asiakaslähtöisyyteen. Latvalan, Sarannon ja Pekkalan (2005) tutkimuksessa käy ilmi, että mielenterveyspotilaat ovat valmiita ottamaan vastuuta omasta hoidostaan sekä hoitajilla on halu toteuttaa hoitotyötä yhteistoiminnallisesti. Tästä syystä opinnäytetyön emoprojekti vastaa tarpeita uuden työvälineen kehittämiseksi käytännön hoitotyöhön.

Tämä opinnäytetyö liittyy laajempaan kehittämisprojektiin, jossa pyritään kehittämään psykiatriseen hoitotyöhön yhteistoimintamalli. Projektin yhteistyökumppaneina toimivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS:n Psykiatriakeskuksen kaksi suljettua vuodeosastoa (os. 2 ja 6), Helsingin terveyskeskuksen Auroran sairaalan kaksi suljettua vuodeosastoa (os. 6-1 ja 15-6C) ja Stadian hoitotyön koulutusohjelma.

Projekti toteutetaan neljässä eri vaiheessa, joista ensimmäinen alkoi keväällä 2006, jolloin lähdettiin liikkeelle yhteistoiminnallisen hoitotyön määrittelemisestä. Tämä opinnäyte liittyy vaiheeseen kaksi, joka alkoi keväällä 2007. Vaihe kaksi pyrkii selvittämään yhteistoiminnallisen hoitotyön toteutumisen edellytykset ja esteet. Vaihe

kolme alkoi syksyllä 2007, jolloin ryhdyttiin suunnittelemaan yhteistoimintamallia, ja keväällä 2008 malli otetaan käyttöön. Viimeisessä vaiheessa syksyllä 2008 mallin toteutumista ja toimivuutta arvioidaan.

## 2 YHTEISTOIMINNALLISUUS PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

Yhteistoiminnallisuus mielletään asiakaslähtöiseksi, yhteisymmärryksessä toteutetuksi toiminnaksi. Tällöin potilaan/asiakkaan ja hoitajan välillä vallitsee yhdenvertaisuus, molemminpuolinen kunnioitus sekä rehellinen ilmapiiri. Potilaan ja hoitajan välinen yhteistyö edellyttää myös molemminpuolista luottamusta ja sitoutumista hoitosuhteeseen. (Latvala, Saranto & Pekkala 2005: 24-25.)

Jotta yhteistoiminnallisuus toteutuisi, hoitajalta edellytetään toiminnan muutosta. Hänen pitää luopua perinteisestä autoritaarisesta työskentelytavasta, astua alas jalustalta ja hyväksyä potilas tasavertaiseksi hoitosuhteessa. Hoitajalta edellytetään myös kykyä arvioida omaa työtapaansa ja toimintaansa, persoonallisuuttaan ja ammattitaitoaan, jotta muutos olisi mahdollinen. (Latvala ym. 2005:26-28.)

Vastaavasti potilaalta/asiakkaalta edellytetään muutosta, jotta yhteistoiminnallisuus toteutuisi. Hänen tulee siirtyä passiivisesta vastaanottajan roolista aktiiviseksi vastuulliseksi osallistujaksi kieltämättä ongelmiaan. Tällöin potilaalta/asiakkaalta edellytetään kykyä ja voimavaroja tähän muutokseen. (Latvala 1998.)

Yhteistoiminnallisuudessa olennaista on potilaan/asiakkaan mahdollisuus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, hoidon toteutukseen ja näihin liittyviin päätöksentekoihin. Tällöin potilas/asiakas tuo omat näkemyksensä esiin, hänen aikaisemmat kokemuksensa huomioidaan sekä hänen elämäntarinansa ymmärretään. (Latvala ym. 2005: 29–30.)

Potilaan/asiakkaan tulee saada tarpeeksi tietoa omasta sairaudestaan ja siihen liittyvistä asioista, jotta hän pystyy tekemään itseään hyödyttäviä päätöksiä. Itse sairaus voi rajoittaa potilaan/asiakkaan resurssien käyttöä, jolloin rajalliset voimavarat tulee ottaa huomioon hoitoa suunniteltaessa. Valittujen toimintatapojen tulee tukea potilaan/asiakkaan omien resurssien hyödyntämistä ja positiiviseen muutokseen suuntautumista. (Latvala ym. 2005: 25–26.)



Tärkeä osio hoidossa on hoitosuunnitelman laatiminen, johon potilaan/asiakkaan tulisi osallistua. Hoitosuunnitelmalla pyritään ongelman määrittelyyn, tavoitteiden asettamiseen, toteutusmenetelmien määrittelyyn sekä niiden toteutukseen. Tämän lisäksi toteutusta tulee arvioida. Hoitosuunnitelman haasteet ilmenevät esimerkiksi tavoitteiden asettamisessa. Usein on vaikeaa erottaa, kenen tavoitteet itse asiassa ovat, hoitajan vai potilaan. Tavoitteiden asettaminen yhteistoiminnallisesti pohjautuu yhteisymmärrykseen, joka saavutetaan avoimella dialogilla potilaan/asiakkaan ja hoitajan välillä. Dialogisuudella pyritään löytämään potilaan/asiakkaan elämäntilanteesta ja lähtökohdista mahdollisuudet selviytymiseen. (Latvala ym. 2005: 24–26.)

### 3 PSYKIATRINEN LÄÄKEHOITO

Yleiset hyvän lääkehoidon periaatteet sopivat erityisesti psyykenlääkkeiden käyttöön (Leinonen 2002: 239). Hyvän lääkehoidon pääperiaatteet jokainen hoitoyksikkö laatii sosiaali- ja terveysministeriön Turvallisen lääkehoito-oppaan mukaisesti. Näin taataan lääkehoidon ammatillisuus ja turvallisuus.

#### 3.1 Lääkehoidon tarkoitus ja tavoitteet

Ennen lääkehoidon aloitusta arvioidaan lääkehoidon tarkoitus. Mihin sillä pyritään, tiedetäänkö potilaan elämäntilanteesta ja taustoista tarpeeksi? Onko diagnoosi riittävän hyvin selvitetty ja lääkehoidon odotettavissa olevat edut ja haitat? Mikäli arvioituja lääkehoidon etuja on enemmän kuin haittoja, voidaan lääke aloittaa (Leinonen 2002: 239.)

Onnistuneen lääkehoidon määräävinä tekijöinä voidaan pitää potilaan hoitomyöntyvyyttä sekä toimivaa hoitosuhdetta. Potilaan hoitomyöntyvyyttä voidaan lisätä antamalla potilaalle tietoa lääkkeestä. Olisi tärkeää kertoa potilaalle lääkehoidon odotettavissa olevat hoidolliset vaikutukset sekä tavanomainen lääkehoidon pituus. Potilasta tulisi myös informoida lääkkeen mahdollisista sivuvaikutuksista. (Leinonen 2002: 240.)

Lääkehoidossa olennaista on sen liittyminen muuhun hoitoon eli esimerkiksi luotettavaan hoitosuhteeseen ja psykososiaalisiin hoitomuotoihin. Kun lääkehoito on yhtenä osana hoitoa, tavoitteena on kohtuullisen toimintakyvyn palauttaminen ja turvaaminen muun hoidon aikana. (Leinonen 2002: 240.)

Psyykenlääkitys aloitetaan varovasti pienillä annoksilla, ja annosta nostetaan asteittain sille tasolle, jolloin hoitovaste on tarpeeksi suuri ja haittavaikutukset mahdollisimman vähäiset. Annoksia säädettyä otetaan huomioon potilaan ikä, somaattinen terveydentila sekä muut käytössä olevat lääkkeet. Mikäli potilasta on informoitu mahdollisista sivuvaikutuksista, potilas voi kertoa omista havainnoistaan, jolloin lääkeannosta voidaan muuttaa tai kokeilla jotakin muuta lääkettä. (Leinonen 2002: 240, Niemi 2001: 23-24.)

### 3.2 Lääkekielteisyys

Lääkekielteisyys on liitettävissä moniin erilaisiin syihin. Tällaisia ovat henkilökohtainen syy, mahdollisiin sivuvaikutuksiin kohdistuva pelko, deluusiot ja kyvyttömyys määritellä ja eritellä tarkasti lääkekieltäytymisen syyt. (Mäkitalo 1999: 8.)

Potilaan syyt kieltäytyä lääkkeestä voivat olla loogisia, mutta esimerkiksi informaation puutteen vuoksi potilaalle epäselviä, ahdistavia ja hämmentäviä. Psykoosisairauksissa voi myös ilmetä paranoidisia ajatuksia lääkkeisiin, esimerkiksi potilaan yleinen paranoia on, että hänet yritetään myrkyttää lääkkeellä. On myös tutkimuksin todettu, että potilaat saattavat tuntea, että heidän itsemääräämisoikeutensa tai itsesäätelynsä on uhattuina psykiatrisessa hoidossa. Tällöin heidän viimeinen oljenkortensa on määrätä omasta lääkityksestään ja sen otosta tai ottamatta jättämisestä. (Mäkitalo 1999: 7–8.)

Potilaan lääkekielteisyys nähdään usein myös vaikeahoitoisuutena. Tätä mieltä ovat sekä hoitajat että potilaat vaikeahoitoisuus-tutkimuksen (Kontio, Numminen, Stjerna 2004) mukaan. Lääkekielteisyys sekoittaa yleensä hoitoyhteisön rutiineja ja on tästä syystä ei-toivottu tapahtuma. Potilaan kieltäytyminen voi myös heikentää hoitoyhteisön hoidollista auktoriteettia, mikäli toiminta kieltäytymisen jälkeen ei ole riittävän selkeätä ja yhtenäistä linjaa noudattavaa. (Mäkitalo 1999: 7.)

### 3.3 Hoitomyöntyvyys

Hoitomyöntyvyyden määriteltiin 1970-luvulta lähtien tarkoittavan sitä, missä määrin potilaan käyttäytyminen (lääkkeiden ottaminen, ruokavalion noudattaminen tai elämäntapamuutosten toteuttaminen) on hoito-ohjeiden tai terveysneuvojen mukainen (Jokisalo 2006: 1595). Myöhemmin hoitomyöntyvyyteen on myös yhdistetty vaikuttavina tekijöinä potilaaseen liittyvät, lääkitykseen liittyvät ja ympäristötekijöihin liittyvät seikat (Kampman 2005: 1285).

Ensimmäinen hoitomyöntyvyysmääritelmä kuitenkin ajateltiin tarkoittavan potilaalle liian passiivista osaa käskyjen vastaanottajana. Niinpä WHO:n Adherence-kokous uudisti vuonna 2001 termin hoitoon sitoutuminen (engl. adherence) seuraavalla määritelmällä: ”Se, kuinka henkilön käyttäytyminen – lääkkeiden ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja/tai elämäntapojen muuttaminen – vastaa terveydenhuollon henkilön kanssa yhdessä sovittuja ohjeita”. Määritelmä erottaa hoitoon sitoutumisen selvästi hoitomyöntyvyydestä, sillä hoitoon sitoutumisessa potilas on aktiivisesti mukana tekemässä hoitosuunnitelmaa ja on siten suostunut sen mukaisesti toimimaan. (Jokisalo 2006:1595.)

Ongelmat hoitomyöntyvyystermin käytössä johtivat siihen, että konkordanssi-termi (yhteisymmärrys, engl. concordance) otettiin käyttöön 1990-luvulla. Hoitoon sitoutumisessa ja konkordanssissa on monia yhtäläisyyksiä, mutta myös selkeitä eroja. Hoitomyöntyvyys tarkoittaa potilaan käyttäytymistä (esimerkiksi lääkkeiden ottamista), kuten hoitoon sitoutuminenkin, kun taas konkordanssi edustaa neuvotteluprosessia hoitovaihtoehtoista. (Jokisalo 2006:1595.)

### 3.4 Pakkolääkitseminen

Potilaalle voidaan joutua antamaan vastoin hänen tahtoaan lääkehoitoa injektiona tai hänet saatetaan joutua eristämään joko eristyshuoneeseen tai leposide-eristykseen, jos muut toimenpiteet eivät ole riittäviä (Hirvonen ym. 2008). Näitä hoitotoimenpiteitä ohjaa Mielenterveyslain pykälä:

## 22 b § [\(21.12.2001/1423\)](#)

### *Psyykkisen sairauden hoito*

*Potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hoitoa toteutettaessa on laadittava hoitosuunnitelma.*

*Potilaan psyykkisen sairauden hoidossa saadaan hänen tahdostaan riippumatta käyttää vain sellaisia lääketieteellisesti hyväksyttäviä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joiden suorittamatta jättäminen vakavasti vaarantaa hänen tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. Psykokirurgisia tai muita potilaan koskemattomuuteen vakavasti tai peruuttamattomasti vaikuttavia hoitotoimenpiteitä voidaan tehdä vain täysi-ikäisen potilaan kirjallisella suostumuksella, jollei kyse ole potilaan henkeä uhkaavan vaaran torjumiseksi välttämättömästä toimenpiteestä.*

*Potilaan tahdosta riippumatta suoritettavista hoito- ja tutkimustoimenpiteistä päättää häntä hoitava lääkäri. Hoitava lääkäri päättää myös potilaan kiinnipitämisestä tai sitomisesta hoitotoimenpiteen ajaksi taikka muusta näihin rinnastettavasta hoidon suorittamisen kannalta välttämättömästä lyhytaikaisesta rajoitustoimenpiteestä.*

Mikäli potilasta joudutaan kieltäytymisen vuoksi pakkolääkitsemään, se heikentää potilaiden psykososiaalista tilannetta ja ongelmat vain lisääntyvät. Näin ollen jatkohoidon tuloksellisuuden kannalta tulisi välttää kaikin tavoin pakkolääkitsemistä. Pakkolääkitsemisellä on todettu olevan hyvä vaste ainoastaan akuutista psykoosista kärsiville, joiden oikeustoimikelpoisuus on pyritty palauttamaan. (Mäkitalo 1999: 10.)

### 3.5 Lääkeresistenssi

Lääkeresistenssiksi kutsutaan tilaa, jolla yksi tai yleensä useampi asianmukainen lääkekokeilu ei ole tuottanut vastetta ja näin poistanut haluttuja oireita tehokkaasti tai jopa kokonaan. Kyseisen tilan määritelmä ei ole täysin vakiintunut. Joskus lääkeresistentistä puhutaan jo yhden epäonnistuneen hoitoyrityksen jälkeen, joskus yrityksiä edellytetään useampia. (Isometsä - Syvälahti 2004: 821.)

Lääkehoitoyritys on asianmukainen, mikäli se tehdään tehokkaaksi osoitetulla lääkkeellä, annosten on oltava vaikuttavia ja hoitoyrityksen on kestävä vähintään neljä, usein kuudesta kahdeksaan viikkoa. Akuuttihoiton varsinaisena tavoitteena on täydellinen tai lähes täydellinen oireettomuus. Seurannan aikana arvioidaan vaste, ellei selvää vastetta ole havaittavissa, on syytä lopettaa tehoton lääkehoito ja aloittaa uusi. (Isometsä - Syvälahti 2004: 822-823.)

Skitsofrenian käypähoito -suosituksen (Hirvonen ym. 2008) mukaan lääkeresistenssiksi kutsutaan tilaa, kun potilas on käyttänyt kahta eri tavalla vaikuttavaa psykoosilääkettä, kumpaakin kuuden viikon ajan riittävin annoksin ilman vastetta. Lääkeresistenssiä esiintyy 5–25 %:lla skitsofreniapotilaista, useammin miehillä kuin naisilla.

Isometsän ja Syvälahden (2004) artikkelissa käy ilmi, että depressiopotilaista 15–30% kärsii lääkeresistenssistä. Lääkehoidon tehoa on todennäköisesti mahdollista parantaa vaihtamalla toisella tavoin vaikuttavaan lääkkeeseen, käyttämällä kahta lääkettä yhtä aikaa tai lisäämällä lääkkeen tehoa muulla valmisteella. Depression huonompi ennuste liittyy resistenssin yleisyyteen. Tällöin lääkehoidon tuottama teho voi olla alhaisempi, koska psykososiaalisten tekijöiden kasaantuessa depressio syvenee.

#### 4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN PROSESSIN KUVAUS

Työstin opinnäytetyöni systemoidun kirjallisuuskatsauksen vaiheita mukaillen, mutta se ei täytä kaikkia systemoidun kirjallisuuskatsauksen kriteereitä. Systemoidulla kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tieteellistä tutkimusmenetelmää, jossa identifioidaan ja kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua sekä syntetisoidaan tuloksia rajatusta ilmiöstä retrospektiivisesti ja kattavasti. Systemoitu kirjallisuuskatsaus on tutkimusprosessi, joka rakentuu kumulatiivisesti ja noudattaa vaiheittaista etenemistä. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 39.)

##### 4.1 Tutkimussuunnitelman laatiminen ja kysymysten määrittely

Systemoidun kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe on tutkimussuunnitelman laatiminen, joka ohjaa koko tutkimusprosessin etenemistä, vähentää systemaattista harhaa ja varmistaa tieteellistä täsmällisyyttä. Tutkimussuunnitelmassa määritetään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymykset, menetelmät ja strategiat alkuperäistutkimusten keräämiseksi sekä sisäänottokriteerit, joilla alkuperäistutkimukset valitaan. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 39.)

Seuraavassa vaiheessa määritellään sopivat kysymykset koskien aihetta. Kysymyksissä määritetään ja rajataan se, mihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Kysymysten perusta on tutkijan taustasitoumuksissa, aikaisemmassa tiedossa aiheesta sekä tutkimusintressissä. Kysymyksiä voi olla yksi tai useampia. Ne voivat olla joko vapaasti muotoiltuja tai strukturoituja. Koko prosessin suuntaamisessa on olennaista, että kysymykset määritetään selkeästi. Jos kysymyksiä tarkennetaan prosessin aikana, se edellyttää prosessin toteuttamista uudelleen. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 39–40.)

Koska aihe ei minulle entuudestaan ole tuttu, kysymykseni ovat työn teon aikana vaihtuneet ja tarkentuneet ja systemoidun kirjallisuuskatsauksen ohjeiden mukaisesti myös prosessia on uudelleen ja uudelleen läpikäyty. Lopullisiksi kysymyksikseni olen valinnut:

1. Mitkä tekijät edistävät psykiatrisen lääkehoidon hoitomyöntyvyyttä?
2. Mitkä tekijät estävät psykiatrisen lääkehoidon hoitomyöntyvyyttä?

#### 4.2 Systemaattinen tiedonhaku

Kysymyksiin perustuva alkuperäistutkimusten haku tehdään systemaattisesti ja kattavasti. Tämä tarkoittaa, että haut kohdistetaan tutkimussuunnitelman mukaisesti niihin tietolähteisiin, joista oletetaan saatavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa. Tietoa saadaan kattavasti, kun haku käydään sekä sähköisesti että manuaalisesti läpi. (Kääriäinen - Lahtinen 2006:40.)

Hakukriteerien pohjalta rajausta olen esimerkiksi tehnyt siten, että olen päätenyt käyttämään vain tutkimusartikkeleita ja tutkimukseen pohjautuvia asiantuntijalähteitä, jotta tieto olisi tutkimustietoon perustuvaa ja luotettavuus säilyisi korkeana. Olen rajannut haettavan aineiston koskemaan aikuispsykiatriaa koskevaa psykiatrista lääkehoitoa.

Olen käyttänyt Medic-tietokantaa sekä Stadian Kurre hakukonetta asiasanahakuihin. Hakusanoina olen käyttänyt muun muassa lääkekielisyys, psykiatria, hoitomyöntyvyys ja lääkehoito, sekä erilaisia lyhennyksiä ja yhdistelmiä näistä. Näistä tiedonhauista olen koonnut taulukon 1. Olen myös selannut manuaalisesti läpi Medicin lehtiartikkeli-arkistoa, josta erityisesti Tutkiva hoitotyö ja Hoitotiede-lehtien artikkelit

vuosilta 1997 - 2008. Rajoitettu ajanjakso noudattaa tuoreen tiedon periaatetta, joka lisää luotettavuutta. Kävin myös manuaalihakuna läpi Stadian kirjaston psykiatrian hyllykön hakien psykiatrisesta lääkehoidosta tietoa käsitteiden määrittelyä varten.

Taulukko 1. Medic-tietokannan hakutulokset

<b>hakusanat</b>	<b>tulos</b>	<b>käyttöön</b>	<b>julkaisut ja vuodet</b>
lääkekiel* +psyk*	1	0	Sairaanhoitaja
hoitomyön*	29	5	- Suomen lääkärilehti - Duodecim - Semina, Suomen farmasia liiton jäsenlehti - Suomen apteekkarilehti - vuosilta 2005-1979
lääkeresis*	0		
akuut* +psykoo*	14	1	- Therapia - Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja - Stakes - Suomen lääkärilehti - vuosilta 1984-2004
lääkehoi*	837	2	- Systole - Suomen lääkärilehti - Duodecim - Suomen apteekkarilehti - vuosilta ...-2008

#### 4.3 Aineiston valinta

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisällytettävälle alkuperäistutkimuksille määritellään tarkat sisäänottokriteerit. Näillä tarkoitetaan edellytyksiä tai rajoituksia mukaan otettaville alkuperäistutkimuksille. Kriteerit perustuvat kysymyksiin, ja ne määritellään ennen varsinaista valintaa. Systemaattisen kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävien ja hylättävien alkuperäistutkimusten valinta tapahtuu vaiheittain ja perustuu siihen, vastaavatko hauissa saadut alkuperäistutkimukset asetettuja sisäänottokriteereitä. Vastaavuutta tarkastellaan portaittain: kaikista alkuperäistutkimuksista luetaan otsikot ja näiden perusteella hyväksytään ne, jotka vastaavat sisäänottokriteereitä. Jos vastaavuus ei selviä otsikosta, tehdään valinta abstraktin tai koko alkuperäistutkimuksen perusteella. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 41.)

Valitsin otsikoiden perusteella mukaan artikkelit, jotka näyttivät vastaavan kysymyksiini. Näistä luin tiivistelmän tai johdanto-osion, jonka jälkeen sain kuvan siitä, vastaako artikkelin tieto katsauksessani tarvittavaa tietoa. Lopulliseksi aineistoksi valitsin yhden pro gradu -tutkielman, yhden tutkimuksen ja kahdeksan asiantuntija-artikkelia, jotka pohjautuivat tutkimuksiin. Taulukossa näkyy osa valituista lähteistä.

#### 4.4 Laadun arviointi

Systemoidun kirjallisuuskatsauksen seuraava vaihe on tutkimusten laadun arviointi. Laadulle määritetään peruskriteerit jo tutkimussuunnitelmassa ja kysymyksissä. Kriteereitä tarkennetaan kuitenkin vielä ennen lopullista alkuperäistutkimusten valintaa. Laadukriteerit vaihtelevat tarkoituksen ja kysymysten mukaan. Laadussa kiinnitetään huomio esimerkiksi menetelmien laatuun, sovellettavuuteen ja käyttöön. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 42.)

Laadunarviointi oli tutkimusartikkeleiden ja itse tutkimusten kannalta melko helppoa, koska artikkeleissa oli laaja-alaisesti pohdittu laatua, mutta asiantuntija-artikkeleiden kohdalla laadunarviointi oli hankalampaa.

#### 4.5 Tutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen

Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyjen tutkimukset alkuperäistutkimusten lopullinen määrä saadaan vasta sekä valinnan että laadun arvioinnin jälkeen. Näiden perusteella valitut tutkimukset muodostavat analysoitavan aineiston. Aineiston analysoinnin ja tulosten esittämisen tarkoituksena on vastata mahdollisimman kattavasti ja objektiivisesti, mutta myös ymmärrettävästi ja selkeästi kysymyksiin. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 43.)

Kun sopivat artikkelit on valittu työhöni, analysoin ja tiivistän artikkeleiden tiedon taulukoksi, josta on helppo tuottaa tulokset yhtenäiseksi tekstiksi. Analysoidessa tekstejä etsin kysymyksiini vastauksia ja pyrin nämä vastaukset tiivistämään taulukon muotoon, josta löytyy olennainen. Tuloksia kirjoittaessani ryhmittelin eri lähteistä löytyneet tiedot eri kategorioihin, nämä yläkategoriat muokkautuivat kysymyksiäni vastaaviksi eli edistävät ja estävät tekijät. Alakategorioiksi muodostuivat lääkitykseen, potilaaseen ja hoitohenkilökuntaan liittyvät asiat.



Lopuksi vielä arvioin, onko tuottamani tieto riittävän kattava, vastaako se kysymyksiini, vastaako tieto projektin odotuksia, onko tieto riittävän luotettavaa ja riittävän monesta eri näkökulmasta ja voiko tuottamaani tietoa käyttää hyödyksi käytännön hoitotyössä.

## 5 TULOKSET

Tässä luvussa esittelen valitsemieni tutkimusartikkeleiden, asiantuntija-artikkeleiden sekä tutkimusten keskeiset tulokset liittyen psykiatrisen lääkehoidon hoitomyöntyvyyteen. Olen jaotellut tulosten esittelyn kysymysteni pohjalta edistävien ja estävien tekijöiden tarkasteluun. Havainnollistan löytämäni vastaukset taulukon muotoon. Taulukkoon on kerätty keskeiset asiat hoitomyöntyvyyttä edistävästä ja estävästä tekijöistä. Olen jaotellut tekijät kolmeen kategoriaan, eli lääkitykseen, potilaaseen ja hoitohenkilökuntaan liittyvät asiat.

Taulukko 2. Tulokset

	<b>Hoitomyöntyvyyttä edistävät tekijät</b>	<b>Hoitomyöntyvyyttä estävät tekijät</b>
<b>lääkitykseen liittyvät</b>	kerran päivässä annostelu, aamuannos, lääkityksen lyhyempi kesto, dosetit, joissakin tapauksissa pitkävaikutteiset injektiot, mahdollisimman yksinkertaisesti toteutettavat hoidot, tehokkaasti oireita lievittävä lääkitys, minimoidaan haittavaikutukset	sivuvaikutukset, ennakkoluulot ja pelot lääkityksen vaikutuksista persoonallisuuden muuttumiseen, lääkeresistenssi
<b>potilaaseen liittyvät</b>	asenteet ja käsitykset lääkitystä ja hoitoa kohtaan, ei koettuja haittavaikutuksia, vanhempi ikä, kulttuuri ja sen asenteet, tullessa mukaan päätöksentekoon sitoutuu hoitoon	potilas ei halua osallistua päätöksentekoon, aliarvioi hoitomyöntyvyyden merkitystä (hoito-ohjeiden laiminlyönti), samanaikainen päihteiden käyttö, kielteiset asenteet hoitoa tai lääkitystä kohtaan, puutteellinen sairauden tunto, psykooseissa kognitiivisten toimintojen häiriöt, nuori ikä, miessukupuoli, harhaluulot, depressiiviset sekä syyllisyyden, arvottomuuden ja toivottomuuden tunteet
<b>hoitohenkilökuntaan liittyvät</b>	antaa tietoa lääkityksestä sivuoireineen potilaalle ja hänen omaisilleen, selvittää hoidon perusteet ja päämäärät, kiinnitetään huomiota hoidon jatkuvuuteen, kotisairaanhoidon tukemassa lääkityksen säännöllisyyttä	lääkäri voi pitää outona potilaan mukaan tuloa päätöksentekoon tasavertaisena, lääkärit yliarvioivat potilaan hoitomyöntyvyyttä, riittämätön lääkityksen seuranta, lääkekieltäytymisen syyn kartoittamatta jättäminen

## 5.1 Psykiatrisen lääkehoidon hoitomyöntyvyyttä edistävät tekijät

Uuden skitsofrenian käypähoito -suosituksen (Hirvonen ym.2008) mukaan noin 30 % sairaalapotilaista ja 40–65 % avohoitopotilaista ei ainakaan ajoittain noudata lääkitysohjeita. Kampman (2005) puolestaan on osoittanut, että ylläpito-hoidossa hoitomyöntyvyys on vaihdellut suun kautta annosteltavalla lääkityksellä 40–60 %:n välillä. Pitkävaikutteisten injektio-omotoisten lääkityksien hoitomyöntyvyys on keskimäärin 75 %. Masennuslääkkeitä käyttävät potilaat noudattavat lääkitystä 60–80 %:sesti. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa käytettävien mielialan tasaajien osalta tilanne on samankaltainen kuin antipsykooteilla.

### 5.1.1 Hoitomyöntyvyyttä parantavat tekijät

Hoitomyöntyvyyteen vaikuttavat hoidon pituus ja potilaan aikaisempi sairaalassa olo. Tietyt kulttuuriin tai asenteisiin liittyvät tekijät, vanhempi ikä ja säännölliset elintavat vaikuttavat asiaan myös. (Kampman 2005, Jokisalo 2006.)

Edellä mainittujen tekijöiden ohella psyykenlääkkeitä käyttävien hoitomyöntyvyyteen ovat myös vaikuttamassa potilaan oma käsitys sairaudestaan oireineen sekä asenteet lääkitystä ja hoitoa kohtaan. Tällaisia tekijöitä voivat olla esimerkiksi hoidon hyötyjen ymmärtäminen ja ettei potilaalla ole sairauteen liittyviä väärinkäsityksiä. Näillä tekijöillä viitataan siis sairautentuntoon. Myös sairauden aiheuttama koettu subjektiivinen uhka eli vaikkapa mahdollinen kuolemanvaara tai oireiden aiheuttaman subjektiivisen kärsimyksen muodossa vaikuttavat hoitomyöntyvyyteen (Kampman 2005, Jokisalo 2006.)

Hoitomyöntyvyyttä voidaan lisätä, jos lääkitys noudattaa seuraavia ehtoja: kerran päivässä annostelu, aamuannos, lääkityksen lyhyempi kesto eikä koettuja haittavaikutuksia. Puutteellista hoitomyöntyvyyttä voidaan parantaa antamalla potilaalle ja hänen lähiomaiselleen lääkitystä koskevaa asianmukaista tietoa sekä selvittämällä heille hoidon perusteet ja päämäärät. Käyttämällä mahdollisimman yksinkertaisesti toteutettavia hoitoja, pyrkimällä oireita tehokkaasti lievittävään lääkitykseen, minimoimalla lääkityksen haittavaikutukset ja kiinnittämällä huomiota hoidon jatkuvuuteen voidaan saavuttaa parempi hoitoon sitoutuminen. Lääkkeiden säännöllistä

ottoa voidaan tukea esimerkiksi dosetin ja kotisairaanhoidon avulla, tai siirtymällä pitkävaikutteisiin injektioihin. (Hirvonen ym. 2008, Jokisalo 2006, Kampman 2005.)

Enlundin (2004) artikkelissa vastaavasti todetaan, että ei ole olemassa mitään yleispätevää ratkaisua hoitomyöntyvyyden toteutumiselle, vaan että paras ratkaisu on räätälöidä toimenpiteet kunkin yksilön tarpeiden mukaan.

Ylläpitolääkitys on kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon tärkein osio. Estohoidon tavoitteena on estää sekä uusia mielialahäiriöjaksoja että varsinaisten episodien välisiä lievempiä masennus- ja vauhtioireita. Psykososiaalisten hoitomuotojen tärkeyttä erityisesti ylläpitohoitovaiheessa ei pidä unohtaa. Ylläpito-hoidon tavoitteena on siis myös ehkäistä itsetuhoista käyttäytymistä, estää kognitiivisten puutosten kehittymistä ja toimintakyvyn heikkenemistä sekä parantaa hoitomyöntyvyyttä ja potilaan elämänlaatua. Ylläpito-hoidossa on huomioitava yksilöllisesti tarvittava lääkitys sekä manian että masennuksen suuntaan. (Aer – Sorvaniemi – Suominen 2007: 1945–1946.)

#### 5.1.2 Psykiatrisen lääkehoidon tarpeen mukaisuus

API-projektissa (Aaltonen - Ahonen - Koffert - Lehtinen 2000) tarpeenmukaisen hoidon periaatteita noudattavaan hoitoon potilaat olivat luokiteltavissa kolmeen ryhmään sen mukaan, miten onnistuneesti potilaan psykososiaalinen kehitys oli edennyt ennen sairastumista. Luokittelu määritteli lääkehoidon suunnittelun suuntaviivat.

Psykososiaalisen kehityksen ryhmäluokitteluun perustuvien tutkimustuloksiin perustuen API-projekti suosittelee harkittavan neuroleptilääkityksen käyttämistä ensi kertaa hoitoon tulleella psykoosipotilaalla suhteessa psykologisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Näiden psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden mukaan vaikeitakin psykoottisia kriisejä voidaan hoitaa ilman neuroleptilääkitystä, jos psykososiaalinen hoito on intensiivistä. (Aaltonen ym. 2000.)

Tarpeettomasta lääkityksestä voi olla haittaa potilaan kuntoutumisessa. Lääkitys on aloitettava vain, jos jo hoitoprosessin alussa ilman lääkitystä ilmenee selvä kroonistumistaipumus ja jos lääkehoito tekee mahdolliseksi psykoterapeuttisen lähestymisen. Lääkityksen aloittamispäätös on tehtävä siten, että lääkitystä ja sen merkitystä tarkastellaan hoitoyhteisössä potilaan psykologiseen ymmärtämiseen koko

ajan pyrkien. Kun potilas on mukana häntä koskevissa päätöksenteoissa, hän sitoutuu näin hoitoon aivan eri ulottuvuudella, jolloin kaikki osapuolet ovat yhteisymmärryksessä aloittamassa lääkitystä (Aaltonen ym. 2000, Enlund 2004.)

## 5.2 Psykiatrisen lääkehoidon hoitomyöntyvyyttä estävät tekijät

Psykiatrisessa lääkehoidossa hoitomyöntyvyys on iso tekijä hoidon tuloksellisuuden ja ennusteen kannalta. Hoitomyöntyvyyttä estävät tekijät on tärkeää selvittää ja nämä epäkohdat tulee poistaa ja epäselvyydet ja väärinkäsitykset oikaista.

### 5.2.1 Hoitomyöntyvyyttä heikentävät tekijät

Enlundin (2004) mukaan potilaan lääkehoitoon mukaantulo tasavertaisena osapuolena liittyy paljon asenteellisia ja käytännön ongelmia. Osa lääkäreistä pitää vieraana ajatusta potilaan osallistumisesta hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Samoin osa, varsinkin vanhemmista, potilaista haluaa jättää päätöksenteon lääkärille.

Lääkärit yliarvioivat hoitomyöntyvyyttä ja potilaat aliarvioivat sen merkitystä. Huono hoitomyöntyvyys voi ilmetä monin tavoin, myös hoito-ohjeiden ylityksenä. Se on harvoin joko-tai -ilmiö. Hoito-ohjeiden osittainen noudattaminen lienee tavallisin huonon hoitomyöntyvyyden muoto. Hoitomyöntyvyyden ongelmat korostuvat ehkäisevän lääkehoidon yhteydessä. (Kampman - Sorvaniemi 2000.)

Potilaan samanaikainen päihteiden käyttö, kielteiset asenteet hoitoa tai lääkitystä kohtaan, puutteellinen sairauden tunto, psykooseissa kognitiivisten toimintojen häiriöt ja joissakin tutkimuksissa nuori ikä ja miessukupuoli vaikuttavat huonontavasti hoitomyöntyvyyteen. Hoitomyöntyvyyttä heikentävät myös potilaiden psykoosista johtuvat harhat kuten myrkytyspelko. Tärkeää olisikin kartoittaa ja oikaista harhaluulot. Depressiiviset sekä syyllisyyden, arvottomuuden ja toivottomuuden tunteet ovat katsottu heikentävän hoitomyöntyvyyttä. (Kampman 2005.)

Puutteellinen hoitomyöntyvyys voi tulla esiin myös, kun lääkehoitovaste skitsofreenikoilla on riittämätöntä. Tällöin tulee ensisijaisesti selvittää, onko taustalla lääkkeiden ottamatta jättäminen, nopeutunut lääkeainemetabolia tai lääkeresistenssi. Nämä tekijät pois suljetaan lääkepitoisuusmäärityksin. Mikäli kyseessä on

lääkeresistenssi, skitsofrenian ensisijainen lääke on klotsapiini. Vaste siihen saattaa kuitenkin ilmaantua hitaasti (Hirvonen ym.2008.)

### 5.2.3 Lääkekielteisyys näkyvä osa hoitokielteisyyttä

Mäkitalon pro-gradu -tutkielman mukaan (1999: 22) lääkekieltäytymisten yleisyys ei poikennut edellisistä rinnastettavissa olevista tutkimuksista. Tämän tutkimuksen mukaan 11 % suljetussa ja 10 % avo-osastohoidossa kieltäytyi kerran tai useamman kerran heille tarjotusta lääkityksestä.

Lääkekieltäytymistilanteita edeltävät niin sanotut laukaisevat tekijät jaettiin kahteen ryhmään. Näistä ensimmäiseen kuuluivat tapaukset, joissa potilas oli tavallista sekavampi, psykoottisempi ja levottomampi. Toiseen ryhmään kuuluivat tapaukset, joissa potilas esitti kriittisiä kysymyksiä ja huomautuksia, jotka koskivat lääkkeitä ja lääkitystä (Mäkitalo 1999: 26.)

Lääkekieltäytymistilanteista muodostettiin kolme pääryhmää: verbaaliset, motoriset ja hiljaiset kieltäytymiset. Tässä tutkimuksessa yli puolet olivat verbaalisia ja vähiten hiljaisia. Verbaalisiin kieltäytymisiin kuuluivat tapaukset, joissa potilas ilmoitti kieltäytymisestään suusanallisesti ilman aggressiota tai ylimääräistä aktiviteettia. Motorisiin kieltäytymisiin kuului ensisijaisesti jokin toiminto, ja hiljaiset kieltäytymiset tarkoittivat sitä, että potilas ei vain yksinkertaisesti ottanut lääkettään (Mäkitalo 1999: 27.)

Lääkekieltäytymisen yleisimmäksi syyksi hoitajat ilmoittivat sairaudestaan itsestään johtuvat syyt. Potilaiden oman arvion mukaan yleisin syy oli periaatteellinen ja toiseksi yleisin syy lääkkeiden sivuvaikutukset. (Mäkitalo 1999: 29.)

Rytsälän (2006) masennustutkimuksen mukaan lääkkeisiin voi liittyä turhia pelkoja esimerkiksi riippuvuuden synnystä tai persoonallisuuden muuttumisesta, joka voi aiheuttaa lääkekieltäytymisen. Potilaiden lääkekieltäytyminen oli Rytsälän mukaan yleisin syy lääkkeettömään hoitoon. Sairaus voi kuitenkin kroonistua, mikäli lääkitystä ei käytetä asianmukaisesti. Tämän takia olisikin hyvä kartoittaa lääkekieltäytymisen syyt ja pyrkiä poistamaan ne, ja näin poistetaan hoitomyöntyvyyttä heikentävä tekijä. (Kampman 2005.)

Tutkimuksessa käy ilmi, että kieltäytyminen oli sekä avo- että suljetulla osastolla yhtä yleistä kokovuorokautisessa hoidossa olleilla. Tämän mukaan siis potilaan vaikeahoitoisuus ja psykoottisuus eivät lisää lääkekieltäytymisen yleisyyttä. Kieltäytyneiden potilaiden keski-ikä oli 39 vuotta ja kieltäytyjien joukossa oli hieman enemmän (55 %) naisia kuin miehiä. Yksinasuvat olivat myös kieltäytyjien enemmistönä ja koulutustaso kieltäytyjillä selvästi alhaisempi kuin ei-kieltäytyjillä. (Mäkitalo 1999: 34–35.)

#### 5.2.4 Lääkehoidon seurannan riittämättömyys

Mikäli lääkehoidon seurantaan ei panosteta riittävästi, voi se merkitä hoitomyöntyvyyden heikkenemistä. Kun sopiva lääkitys on löytynyt ja olo on tervettä vastaava, potilas saattaa lopettaa lääkityksen liian aikaisin. Uudet sairausjaksot on estettävissä vain riittävän pitkällä hoidolla. Hyvä hoito edellyttääkin potilaan motivoimista lääkityksen käyttöön ja lääkityksen riittävää seurantaa (Rytsälä 2006: 13.)

Rytsälän (2006) tutkimuksen mukaan seuranta ei kuitenkaan ollut riittävää. Hoitojakson aikana potilaat pääsivät psykiatrin vastaanotolle harvoin (mediaani kaksi käyntiä), mutta muille työntekijöille selvästi useammin (mediaani seitsemän käyntiä). Kummastakin sukupuolesta viidesosalla oli vähintään yksi sairaalahoitojakso (keskimäärin lähes kaksi) koko seuranta-aikana. Sairaalahoidon keskimääräinen kesto oli kaksi viikkoa. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että 19 %:lle niistä, jotka eivät hoidon alussa olleet eläkkeellä, myönnettiin työkyvyttömyyseläke psykiatrisen sairauden perusteella. Näistäkin eläkkeelle jääneistä potilaista olisi pystytty osa pitämään työkykyisenä riittävän seurannan ja asianmukaisen lääkityksen avulla.

## 6 POHDINTA

Tässä luvussa tarkoitukseni on tarkastella löytämiäni tuloksia, esittää lähdekritiikkiä ja arvioida työn luotettavuutta sekä vielä lopuksi arvioida omaa opinnäytetyön prosessia.

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Hoitomyöntyvyyteen vaikuttavat muun muassa hoidon pituus ja sairauden aiheuttama koettu subjektiivinen uhka. Psykykläkkeitä käyttävien hoitomyöntyvyyteen ovat myös vaikuttamassa potilaan oma käsitys sairaudesta ja sen oireista, kokemus lääkkeen vaikutuksesta haittaoireineen ja hänen asenteensa psykykläkkeitä kohtaan.

Hoitomyöntyvyyttä voidaan lisätä, jos lääkitys noudattaa tiettyjä ehtoja. Tällaisia ovat kerran päivässä annostelu, aamuannos, lääkituksen lyhyempi kesto, ei koettuja haittavaikutuksia sekä aikaisempi sairaalassaolo sairauden takia. Potilaasta itsestään lähteviä edellytyksiä ovat hoidon hyötyjen ymmärtäminen, ei muistiongelmia, eikä sairauteen liittyviä väärinkäsityksiä. Vaikuttavia tekijöitä on myös tietyt kulttuuriin tai asenteisiin liittyvät tekijät, vanhempi ikä sekä säännölliset elintavat.

Puutteellista hoitomyöntyvyyttä voidaan parantaa antamalla potilaalle ja hänen lähiomaiselleen lääkitystä koskevaa tietoa, käyttämällä mahdollisimman yksinkertaisesti toteutettavia hoitoja, pyrkimällä oireita tehokkaasti lievittävään lääkitykseen, minimoimalla lääkituksen haittavaikutukset ja kiinnittämällä huomiota hoidon jatkuvuuteen. Lääkkeiden säännöllistä ottoa voidaan tukea esimerkiksi lääkeannostelijan ja kotisairaanhoidon avulla tai siirtymällä pitkävaikutteisiin injektioihin.

Hoitohenkilökunta voi omilla toimillaan edistää hoitomyöntyvyyttä. Tällaisia toimenpiteitä voivat muun muassa olla seuraavat seikat: tulisi räätälöidä lääkkeiden otto ja muu hoito-ohjelma potilaan päivärytmin mukaan, sekä tulisi suositella tarvittaessa dosetteja ja muita muistutuskeinoja, kysele ja kuuntele miten hoidon toteutuminen onnistunut, kiinnitä huomiota toivottomaan tai turhautuneeseen asenteeseen.

Potilaan samanaikainen päihteiden käyttö, kielteiset asenteet hoitoa tai lääkitystä kohtaan, puutteellinen sairauden tunto ja psykooseissa kognitiivisten toimintojen häiriöt



vaikuttavat huonontavasti hoitomyöntyvyyteen. Hoitomyöntyvyyttä heikentävät myös potilaiden psykoosista johtuvat harhat kuten myrkytysvaara.

Potilaan mukaantulo lääkehoitoon tasavertaisena osapuolena liittyy paljon asenteellisia ja käytännön ongelmia. Osa lääkäreistä pitää vieraana ajatusta potilaan osallistumisesta hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Samoin osa, varsinkin vanhemmista, potilaista haluaa jättää päätöksenteon lääkärille.

Näiden edellä mainittujen edistävien ja estävien tekijöiden kartoittaminen ja niihin puuttuminen psykiatrisessa hoitotyössä lisäävät merkittävästi hoitomyöntyvyyttä. Tämä taas edesauttaa yhteistoiminnallista psykiatrista hoitotyötä. On siis tärkeää, että terveydenhuollon henkilöstö suhtautuu vakavasti hoitomyöntyvyyttä koskeviin ongelmiin ja pyrkii jatkossa edistämään hoitoon sitoutumista sivuuttamatta edellä mainittuja edistäviä ja estäviä tekijöitä.

On myös hyvä tehdä potilaalle itselleen selväksi se, että parempiin hoitotuloksiin päästään, kun potilas itse osallistuu tasavertaisena jäsenenä lääkehoitoa koskeviin päätöksentekoihin. Näin potilas myös samalla sitoutuu lääkehoitoon, kun hän saa kokea pystyvänsä vaikuttamaan hoitoonsa.

## 6.2 Lähdekritiikki ja luotettavuuden arviointi

Koska opinnäytteeni on kirjallisuuskatsaus, olen käyttänyt vain jo olemassa olevia tutkimuksia ja tietolähteitä. Olen pyrkinyt olemaan mahdollisimman totuuden mukainen käyttäessäni tietoa vääristelemättä tuloksia. Olen pyrkinyt olemaan loukkaamatta eettisiä arvoja. Työni ei tarvitse erityisiä lupia ja aion olla huolellinen lähteiden merkitsemisessä, jotta ei olisi tekijänoikeudellisiakaan pulmia.

Luotettavuutta lisää lähdekritiikki, joka perustuu tuoreuteen ja asiantuntevuuteen. Käytän työssäni tutkimus- ja asiantuntija-artikkeleita ja julkaisut ovat hoito- sekä lääketieteellisiä. Luotettavuus riippuu siitä, olenko saanut kattavasti tietoa kyseisestä aiheesta ja onko tapahtunut valikoimista hypoteettisen olettamuksen tai saman tiedon tukemisen takia. Mielestäni olen löytänyt paljon monipuolista tietoa aiheesta, enkä ole voinut hypoteesin takia valikoida tietoa, koska minulla ei ole aikaisemmin ollut minkäänlaista käsitystä aiheesta.

Olen ollut motivoitunut löytämään erilaisia tietoja, joten en ole myöskään pönkittänyt ensimmäisiä tietojani valikoimalla vain samaa mieltä olevia lähteitä. Uskoisin ja toivon, että opinnäytetyöstäni on hyötyä käytännön hoitotyössä hankkeen yhteistyötahoille.

### 6.3 Oman opinnäytetyöprosessin arviointi

Opinnäytetyön teko on kokonaisuudessaan ollut haastava ja mielenkiintoinen kokemus. Työn laatiminen on ollut pitkä ja vaiherikas prosessi, jonka aikana työ on kypsynyt. On ollut ilo olla mukana tuottamassa tärkeään projektiin aineistoa, jota voidaan käyttää hyväksi jatkossa.

Kirjallisuuskatsauksen tekeminen yksin on ollut todella mittava ja aikaa vievä projekti. Kirjallisuuskatsauksen käsite on selkeytynyt minulle aivan uudella tavalla, kun on itse tehnyt kyseisen työn. Myös tutkimuksien ja muiden hoitotieteellisten ja lääketieteellisten aineistojen luku on tullut tutuksi prosessin aikana.

Olen opinnäytetyön työstämisen aikana saanut itse lisää psykiatrasta näkemystä, joka on lisännyt ammatillisuuden tunnettani. Tämä on kaikin puolin ollut hyvä oppimisprosessi tulevaa ammatinharjoittamista ajatellen.

Kiitos hankkeeseen osallistuneille kollegakoulukavereilleni henkisestä tuesta sekä ohjaajilleni kärsivällisestä työotteesta. Kiitos myös hankkeen yhteistyötahoille, että sain osallistua yhteistyöhön.

## LÄHTEET

- Aaltonen, Jukka - Ahonen, Juha - Koffert, Tarja - Lehtinen, Ville 2001: Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä: raportti akuutin psykoosin integroitu hoito -projektin tuottamista hoitoperiaatteista. Raportteja. Stakes: sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- Enlund, Hannes 2004: Hoitomyöntyvyydestä hoitoon sitoutumiseen vaiko konkordanssiin? Apteekkari 12;35.
- Finlex 1999: Mielenterveyslaki. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=psykiatrinen%20potilas>> Luettu 27.2.2008.
- Hirvonen, Jussi - Honkonen, Teija - Jyväskylä, Simo - Koponen, Hannu - Laukkala, Tanja - Salokangas Raimo K.R - Wahlbeck, Kristian 2008: Skitsofrenia. Käypähoito -suositus. Verkkodokumentti. <[www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)> Luettu 27.2.2008.
- Isometsä, Erkki & Syvälahti, Erkki 2004: Lääkeresistentin depression lääkehoidon suuntaviivoja. Duodecim 120 (7);821–830.
- Jokisalo, Erkki 2006: Hoitomyöntyvyys ja sen edistämiskeinot. Suomen lääkärilehti 61 (14);1595-1599.
- Kampman, Olli 2005: Hoitomyöntyvyys psyykenlääkkeitä käyttävillä. Suomen lääkärilehti 60 (11);1285-1289.
- Kontio, Raija - Numminen, Maaria & Stjerna, Anneli (toim.) 2004: Vaikeahoitoisuus, haaste työryhmälle. VAIHO-projekti 2002-2004. Vammalan kirjapaino Oy.

- Kääriäinen, Maria & Lahtinen, Mari 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1);37-45.
- Latvala, Eila 1998: Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. *Acta Universitatis Ouluensis D* 490, Oulu.
- Latvala, Eila - Saranto, Kaija & Pekkala, Eila 2005: Yhteistoiminnallisen hoitotyön kehittäminen mielenterveystyössä –tuloksia kehittämishankkeesta. Tutkimusartikkeli. *Tutkiva hoitotyö* 3 (2); 24-30.
- Leinonen, Esa 2002: Biologiset hoitomuodot. Teoksessa *Psykiatria*. WSOY Helsinki. s.239-250
- Mäkitalo, Juha-Pekka 1999: Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden kieltäytyminen lääkähoidosta. Pro gradu. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos.
- Niemi, Hannele (toim.) 2001: Mielenterveyspotilaan oikeudet. (s.32-33) Suomen mielenterveysseura. Erikoispaino Oy.
- Rytsälä, Heikki 2006: Functional and Work Disability and Treatment Received by Patients with Major Depressive Disorder. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, A9/2006. Verkkodokumentti.  
<[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_a/2006/2006a09.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_a/2006/2006a09.pdf)> Luettu 20.3.2008.
- Rytsälä, Heikki 2006: Masennuksen lääkehoidossa ja seurannassa puutteita. *Kansanterveyslaitos* 9:13.

## LIITE 1. Kirjallisuuskatsauksen aineisto

Tekijä, vuosi, julkaisu	Tarkoitus	Aineiston keruu ja käsittely	Keskeiset tulokset
Hirvonen, J ym. 2008. Skitsofrenian käypähoito- suositus			Psykoosilääkitys olennainen osa hoitoa. Lääkkeiden teho positiivisiin oireisiin ja uusien psykoosien synnyn estoon tutkitusti vahva näyttö. Psykoosilääkkeiden teho negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin vähäisempi. Haittavaikutusten vähentämiseksi pienin mahdollisin annos. Vaste 2-6vkon kuluessa, lääkevaihto 4-6vkon jälkeen, jos ei vastetta. Psykoosilääkkeitä monoterapiana ja pyrkiä välttämään enemmän kuin kahden lääkkeen samanaikaisuutta. Pitkävaikutteista injektiota hyvä käyttää jos sairaudentunto heikko ja pitkäaikaisvaikutus voi olla parempi. Psykoosilääkkeillä haittavaikutuksina mm. ekstrapyramidaalioireet, joita tulee seurata ja lääkekokeilut herkästi käyttöön. Lääkkeet vaikuttavat myös moneen elimeen, joten seuranta tärkeää, etenkin verenkiertoelimistön, neurologiset ja metaboliset oireet. Noin 30 % sairaalapotilaista ja 40–65 % avohoitopotilaista ei ainakaan ajoittain noudata lääkitysohjeita. Hoitoon hyvin kiinnittyvillä potilailla psykiatrisen sairaalahoidon tarve on pienempi. Parhaiten hoitomyöntyvyyttä ennustavat potilaan asenne käytettyyn hoitoon ja sairaudentunto. Puutteellista hoitomyöntyvyyttä voidaan parantaa antamalla potilaalle ja hänen lähiomaiselleen lääkitystä koskevaa tietoa, käyttämällä mahdollisimman yksinkertaisesti toteutettavia hoitoja, pyrkimällä oireita tehokkaasti lievittävään lääkitykseen, minimoimalla lääkityksen haittavaikutukset ja kiinnittämällä huomiota hoidon jatkuvuuteen. Lääkkeiden säännöllistä ottoa voidaan tukea esimerkiksi dosetin ja kotisairaanhoidon avulla, tai siirtymällä pitkävaikutteisiin injektioihin. Skitsofreniapotilaiden hoitomyöntyvyyttä lisäävistä käytännön toimenpiteistä ei juuri ole rinnakkaiskontrolloiduista tutkimuksista saatua tietoa.
Aer, J – Sorvaniemi, M – Suominen, K 2007. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön uudistuva lääkehoito. Suomen lääkärilehti 62(19):1943- 1947.			Ylläpitolääkitys on kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon tärkein osio. Estohoidon tavoitteena on estää sekä uusia mielialahäiriöjaksoja että varsinaisten episodien välisiä lievempiä masennus- ja vauhtioireita. Ylläpito-hoidon tavoitteena on myös ehkäistä itsetuhoista käyttäytymistä, estää kognitiivisten puutosten kehittymistä ja toimintakyvyn heikkenemistä sekä parantaa hoitomyöntyvyyttä ja potilaan elämänlaatua. Tämä katsaus keskittyy

			lääkehoitoon, mutta psykososiaalisten hoitomuotojen tärkeyttä erityisesti ylläpitohoitovaiheessa ei pidä unohtaa. Ylläpito-hoidossa on huomioitava yksilöllisesti tarvittava lääkitys sekä manian että masennuksen suuntaan. Kliinisen lääkehoidon suurin haaste on epäilemättä edelleen hoitomyöntyvyyden kohentaminen.
Jokisalo, E 2006. Hoitomyöntyvyys ja sen edistämiskeinot. Suomen lääkirilehti 61(14):1595-1599		Katsausartikkeli hoitomyöntyvyydestä	Hyvään hoitomyöntyvyyteen liittyviä tekijöitä ovat Sairauden ja hoidon kannalta: kerran päivässä annostelu, aamuannos, lääkityksen lyhyempi kesto, ei koettuja haittavaikutuksia, aikaisempi sairaalassaolo sairauden takia. Hoitohenkilökunnan kannalta: kohtuulliset kustannukset, hoidon tehokkuus, hoidon hyötyjen esittämistapa, luottamus lääkäriin. Potilaan kannalta: hoidon hyötyjen ymmärtäminen, ei muistiongelmia, ei sairauteen liittyviä väärinkäsityksiä, tietyt kulttuuriin tai asenteisiin liittyvät tekijät, vanhempi ikä, säännölliset elintavat, ei depressiota. Edistäviä toimenpiteitä; TIEDOT: pitkäaikaishoitoa aloittaessa tee selväksi, ettei kyse ole kuurista, korosta hoidon hyötyjä (verrattuna haittoihin), ongelmatilanteissa otettava yhteyttä hoitavaan tahoon, tarjota potilaalle riittävästi luotettavaa, suullista ja kirjallista infoa, infoa lääkevasteen ilmenemisen pituudesta, tärkeää korostaa lääkityksen ottamisesta säännöllisesti. JOKAPÄIVÄINEN ELÄMÄ: räätälöi lääkkeiden otto ja muu hoito-ohjelma potilaan päivärytmin mukaan, suositeltava tarvittaessa dosetteja ja muita muistutuskeinoja, kysele ja kuuntele miten hoidon toteutuminen onnistunut, kiinnitä huomiota toivottomaan tai turhautuneeseen asenteeseen. Hoitomyöntyvyyttä voi lisätä esim. pitkävaikutteisilla lääkkeillä.
Rytsälä, H 2006. Masennuksen lääkehoidossa ja seurannassa puutteita. Kansanterveyslaitos 9:13			Masennus kroonistuu helposti, jos sairaus hoidetaan huonosti tai jos potilas ei ole halukas käyttämään lääkkeitä. Hyvällä hoidolla, oli se sitten psykoterapiaa, lääkehoitoa tai sähköshokkihoitoa, uusiutumisen vaara on pienempi. Valitettavasti depressiolääkkeisiin liittyy turhia pelkoja esimerkiksi riippuvuuden synnystä tai persoonallisuuden muuttumisesta. Hyvä hoito edellyttääkin potilaan motivoimista ja riittävää seurantaa. Kun sopiva lääkitys on löytynyt ja olo on tervettä vastaava, potilas saattaa lopettaa lääkityksen liian aikaisin. Uudet sairausjaksot estetään vain riittävän pitkällä hoidolla. Vasta 10 viime vuoden aikana hoidossa on alettu pyrkiä potilaan toipumiseen tervettä vastaavaan kuntoon.
Rytsälä, H 2006. Functional	kartoittaa masennuksesta	Tutkimus (Vantaa Depression	Useimmat (84%) saivat masennuslääkitystä, joskin pieni osa (11%)

<p>and Work Disability and Treatment Received by Patients with Major Depressive Disorder. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, A9/2006 <a href="http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_a/2006/2006a09.pdf">http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_a/2006/2006a09.pdf</a></p>	<p>johtuvaa työkyvyttömyyseläkkeelle jäämistä</p>	<p>Study, VDS) koostuu kahdesta osatutkimuksesta, 803 potilaan sairauskertomuksiin perustuvasta osasta ja 269 potilaan seurantatutkimuksesta. Molemmissa tutkimusosioissa potilaat ovat erikoissairaanhoidon avohoito- ja sairaalapotilaita, joilla on todettu sairastuminen uuteen masennusjaksoon. Tiedot sairauskertomuksiin perustuvaan tutkimukseen on kerätty potilaiden käynti- ja sairaalahoitotiedot sisältävistä tietokannoista. Tutkimukseen valikoitiin kaikki 20-59-vuotiaat depressiopotilaat, joiden diagnoosi oli määritelty tautiluokituksen (ICD-10) mukaan masennustilaksi tai toistuvaksi masennukseksi ja joilla oli vähintään yksi avohoitokäynti tai sairaalahoitopäivä 1.1.1996-31.12.1996 välisenä aikana.</p>	<p>selvästi lääkkeen hoitotasoa alemmilla annoksilla. Hoitojakson aikana potilaat pääsivät psykiatrin vastaanotolle harvoin (mediaani kaksi käyntiä), mutta muille työntekijöille selvästi useammin (mediaani seitsemän käyntiä). Kummastakin sukupuolesta viidesosalla oli vähintään yksi sairaalahoitokausi (keskimäärin lähes kaksi) koko seuranta-aikana. Sairalahoidon keskimääräinen kesto oli kaksi viikkoa. Masennuslääkkeiden käyttö oli varsin konservatiivista. Ensiksi aloitettu lääke vaihdettiin toiseen vain noin joka viidennellä (22%) ja vain kaksi potilasta sai yhteensä viittä eri masennuslääkettä. Vain 7% masennuslääkettä saaneista sai kahta lääkettä samanaikaisesti. Kukaan ei saanut muuta masennuslääkkeen tehoa parantavaa lääkitystä. Lääkityksestä kieltäytyminen oli tavallisin syy masennuslääkehoidon puuttumiseen. Hoitojakson aikana 19%:lle niistä, jotka eivät hoidon alussa olleet eläkkeellä, myönnettiin työkyvyttömyyseläke psykiatrisen sairauden perusteella. Nämä potilaat olivat lähes yhdeksän vuotta vanhempia kuin ne, jotka eivät jääneet eläkkeelle. He olivat myös vakavammin sairaita, kävivät selvästi useammin hoitavan henkilön vastaanotolla ja käyttivät merkittävästi enemmän rinnakkaista lääkitystä (unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä ja psykoosilääkkeitä) kuin ne, jotka eivät jääneet eläkkeelle</p>
<p>Kampman, O 2005. Hoitomyöntyvyys psykenlääkkeitä käyttävillä. Suomen lääkäri 60(11):1285-1289</p>		<p>Katsausartikkeli hoitomyöntyvyydestä</p>	<p>Antipsykootteja käyttävien potilaiden pitkäaikainen hoitomyöntyvyys ei poikkea monien somaattisten sairauksien hoitomyöntyvyyden tasosta. Ylläpito- ja hoitohoidossa hoitomyöntyvyys on vaihdellut suuren kautta annosteltavalla lääkityksellä 40-60 %:n välillä. Pitkävaikutteisten injektio- ja tablettimuotoisten lääkkeiden hoitomyöntyvyys on keskimäärin 75 %. Masennuslääkkeitä käyttävät potilaat</p>

			<p>noudattavat lääkitystä 60–80 %:sesti. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa käytettävien mielialan tasaajien osalta tilanne on samankaltainen kuin antipsykooteilla. Näihin lukuihin vaikuttavat hoidon pituus ja sairauden aiheuttama koettu subjektiivinen uhka (mahdollisen kuolemanvaaran tai oireiden aiheuttaman subjektiivisen kärsimyksen muodossa). Näiden tekijöiden ohella psyykenlääkkeitä käyttävien hoitomyöntyvyyteen ovat myös vaikuttamassa potilaan oma käsitys sairaudestaan ja sen oireista, kokemus lääkkeen vaikutuksesta haittaoireineen ja hänen asenteensa psyykenlääkkeitä kohtaan. Potilaan sama-aikainen päihteiden käyttö, kielteiset asenteet hoitoa tai lääkitystä kohtaan, puutteellinen sairauden tunto, psykooseissa kognitiivisten toimintojen häiriöt ja joissakin tutkimuksissa nuori ikä ja miessukupuoli vaikuttavat huonontavasti hoitomyöntyvyyteen. Hoitomyöntyvyyttä heikentävät myös potilaiden psykoosista johtuvat harhat kuten myrkytysvaara. Tärkeää kartoittaa ja oikaista harhaluulot. Depressiiviset sekä syyllisyyden, arvottomuuden ja toivottomuuden tunteet ovat katsottu heikentävän hoitomyöntyvyyttä. Hoitomyöntyvyyttä voi lisätä kartoittamalla heikentävät tekijät, asenteet lääkitystä ja hoitoa kohtaan, sairaudentunnosta, antamalla asianmukaista tietoa lääkityksestä, hoidon perusteista ja päämääristä.</p>
<p>Enlund, H 2004. Hoitomyöntyvyydestä hoitoon sitoutumiseen vaiko konkordanssiin? Apteekkari 12:35.</p>			<p>Konkordanssi käsite lähtee ajatuksesta että potilas on hoitotiimissä aktiivinen ja tasavertainen osapuoli. Tavoitteena on yhdessä sovittu hoitosuunnitelma, jossa otetaan huomioon potilaan asiantuntemus ja käsitykset hoidosta. Potilaan mukaantuloon tasavertaisena osapuolena liittyy kuitenkin paljon asenteellisia ja käytännön ongelmia. Osa lääkäreistä pitää vieraana ajatusta potilaan osallistumisesta hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Samoin osa, varsinkin vanhemmista, potilaista haluaa jättää päätöksenteon lääkärille.</p> <p>Hoitoon sitoutumisen käsitteeseen sisältyy myös ajatus siitä, että kyse ei ole lääkärin ohjeisiin myöntymisestä, vaan tietoisesta hoitoon sitoutumisesta. Tämä edellyttää lukuisia dynaamisia muutoksia, joita vaaditaan niin potilalta kuin terveydenhuoltohenkilöstöltä. Hoitoon sitoutuminen määritellään siten, että kuinka henkilön lääkkeiden ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja elämäntapojen muuttaminen vastaa yhdessä sovittuja ohjeita. Ei ole olemassa mitään</p>



			yleispätevää ratkaisua hoitomyöntyvyyden toteutumiseen vaan paras ratkaisu on räätälöidä toimenpiteet kunkin yksilön tarpeiden pohjalta.
Aaltonen,J - Ahonen,J - Koffert,T - Lehtinen,V 2000. Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti Akuutin psykoosin integroitu hoito - projektin tuottamista hoitoperiaatteista. Stakes. Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi. s.40-41, 43,62-64	Akuutin psykoosin hoidon kehittämishanke, kokeellisen interventiotutkimuksen asetelmaa soveltava hoitotutkimus sekä hoidon sisällön kvalitatiiviseen ja kokemukselliseen tutkimukseen. API-projekti.	Mukana 6 psykiatrista osavastuualuetta eri puolilta Suomea. Tutkimuksen potilasaineiston muodostivat ensikertaa nonaffektiivisen psykoosin takia tutkimuskeskuksiin hoitoon tulleet perättäiset potilaat. Aineisto kerättiin 4/92-12/93. Potilaat valittiin valintakriteerien ja poissulkukriteerien avulla. Kriteerien jälkeen 165 potilasta, joista jäi pois 30. Potilasaineisto siis 135. Potilaita tutkittiin neljällä menetelmällä: osittain strukturoitu skitsofreniapotilaan arviointi, Bref Psychiatric Rating Scale, potilaan perheen toimintaprofiilin tutkimus ja perheen vuorovaikutuksen arviointi.	Lääkityksen tarpeen arviointia pyrittiin kehittämään projektin aikana. Tarpeenmukaisen hoidon periaatteita noudattavaan hoitoon näyttivät olevan luokiteltavissa kolmeen ryhmään, sen mukaan miten onnistuneesti potilaan psykososiaalinen kehitys oli edennyt ennen sairastumista. Löydökset: Neuroleptilääkityksen käyttämistä ensi kertaa hoitoon tulleella psykoosipotilalla on harkittava suhteessa seuraaviin psykologisiin ja sosiaalisiin tekijöihin: 21. Vaikeitakin psykoottisia kriisejä voidaan hoitaa ilman neuroleptilääkitystä, jos psykososiaalinen hoito on intensiivistä. Tarpeettomasta lääkityksestä voi olla haittaa potilaan kuntoutumisessa. 22. Lääkitys on aloitettava, jos jo hoitoprosessin alussa ilman lääkitystä ilmenee selvä kroonistumistaipumus ja jos lääkehoito tekee mahdolliseksi psykoterapeuttisen lähestymisen. 23. Lääkityksen aloittamispäätös on tehtävä siten, että lääkitystä ja sen merkitystä tarkastellaan hoitoyhteisössä potilaan psykologiseen ymmärtämiseen koko ajan pyrkien.
Kampman, O & Sorvaniemi, M 2000. Hoitomyöntvyys skitsofreniassa ja mielialahäiriöissä. Duodecim 116(3):277-284			Potilaista kolmannes noudattaa asianmukaisesti hoito-ohjeita, kolmannes vaillinaisesti ja kolmannes ei lainkaan. Hoitoon myöntyväisten potilaiden osuus on keskimäärin n.50%. Lääkärit yliarvioivat hoitomyöntyvyyttä ja potilaat aliarvioivat sen merkitystä. Huono hoitomyöntvyys voi ilmetä monin tavoin, myös hoito-ohjeiden ylityksenä. Se on harvoin joko-tai -ilmiö. Hoito-ohjeiden osittainen noudattaminen lieene tavallisin huonon hoitomyöntyvyyden muoto. Hoitomyöntyvyyden ongelmat korostuvat ehkäisevän lääkehoidon yhteydessä. Skitsofreniapotilaiden ylläpito-hoidossa hoitomyöntyvyyden on arvioitu olevan oraalista lääkitystä käytettäessä keskimäärin noin 60

			% ja depot -ruiskeita käytettäessä keskimäärin 75 % (Young ym. 1986). Pienempiä lukuja esiintyy vuosia kestävien ylläpitohoitojen aikana, kuten muissakin sairauksissa.
Mäkitalo, J-P 1999. Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden kieltäytyminen lääkehoidosta. Pro Gradu-tutkielma. Turun hoitotieteen laitos	Tuottaa tietoa lääkekielteisyyden yleisyydestä, lääkityksestä kieltäytyneiden potilaiden sosiodemografisista taustamuuttujista, kieltäytymistilanteista, lääkekieltäytymisen syistä sekä seuraamuksista.	Aineisto kerättiin 2 aikuispsykiatrisella osastolla 4kk ajan. Hoitajat kirjasivat ylös jokaisen lääkekieltäytymistilanteet, potilaan ilmoittaman syyn, mikäli se kävi ilmi ja hoitajat kirjasivat ylös heidän näkemyksensä kieltäytymisestä.	Lääkekieltäytymisen yleisyys (11%) ei ole poikkeava muihin tutkimuksiin verrattuna. Kieltäytyminen yhtä yleistä avo- että suljetulla osastolla. Potilaan vaikeahoitoisuus ja psykoottisuus eivät lisää lääkekieltäytymisen yleisyyttä. Potilaat kieltäytyivät yleensä vain kerran. Kieltäytyneiden keski-ikä 39v. Naiset kieltäytyivät hieman enemmän (55%). Yksinasuvat ja naimattomat kieltäytyivät useammin. Kieltäytyjät omasivat suhteellisesti eniten psykoosisairaus-diagn. Pakkohoitoiset kieltäytyivät suhteessa useammin. Valtaosa kieltäytymisistä sujui rauhallisesti. Verbaalinen kieltäytyminen yleisintä. Motorinen kieltäytyminen johti usein pakkolääkitykseen, verbaalisen jälkeen ei jouduttu pakkolääkitsemään. Neurolepteistä kieltäydyttiin harvemmin kuin anksiolyyteistä (unilääkkeet) ja mielialalääkkeistä. Massiivisia interventioita ei tarvittu, neuvotteluilla ja potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittavalla tavalla yhteisymmärrykseen. Potilaiden yleisin kieltäytymisen syy periaate ja hoitajien mielestä itse sairauteen viittaava. Hoitajien hyvällä neuvottelutaidolla ja pitkäjänteisyydellä on tutkitusti ollut vain myönteiset seuraukset lääkehoidon kannalta, sillä kyseisessä tutkimuksessa oli saavutettu potilaan ja hoitohenkilökunnan välille yhteisymmärrys lääkehoidosta, jolloin pakkolääkitsemistä ei oltu tarvittu ollenkaan